

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N° 763

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Emile LEMESLE

Né le 17 Mai 1910 à VILLEDIEU-LES-POÊLES (Manche)

**A propos
d'un**

**monstrueux prolapsus utéro-vaginal
chez une femme enceinte près du terme**

Président : M. JEANNIN, professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1938

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°
—

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Emile LEMESLE

Né le 17 Mai 1910 à VILLEDIEU-LES-POÊLES (Manche)

A propos

d'un

**monstrueux prolapsus utéro-vaginal
chez une femme enceinte près du terme**

Président : M. JEANNIN, professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

—
1938

I. — Professeurs

Anatomie
 Physiologie
 Physique médicale
 Chimie médicale
 Bactériologie
 Parasitologie et histoire naturelle médicale
 Pathologie médicale et générale
 Pathologie médicale
 Pathologie chirurgicale
 Anatomie pathologique
 Histologie
 Pharmacologie et matière médicale
 Thérapeutique
 Hygiène et médecine préventive
 Médecine légale
 Histoire de la médecine et de la chirurgie

Pathologie expérimentale et comparée
 Hydrologie thérapeutique et climatologie

Clinique médicale

Hygiène et clinique de la première enfance
 Clinique des maladies des enfants
 Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
 Clinique des maladies du système nerveux
 Clinique des maladies infectieuses

Clinique chirurgicale

Clinique ophtalmologique
 Clinique urologique

Clinique d'accouchements

Clinique gynécologique
 Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
 Clinique thérapeutique médicale
 Clinique oto-rhino-laryngologique
 Clinique thérapeutique chirurgicale
 Clinique propédeutique
 Clinique de la Tuberculose
 Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte
 Clinique cardiologie
 Assistance médico-sociale

Professeurs sans chaire

MM.
 ROUVIERE.
 Léon BINET.
 STROHL.
 POLONOVSKI.
 Robert DEBRE
 BRUMPT.
 BAUDOUIN.
 ABRAMI.
 CHEVASSU.
 LEROUX.
 CHAMPY.
 TIFFENEAU
 HARVIER.
 TANON.
 BALTHAZARD
 LAIGNEL.
 LAVASTINE
 FIESSINGER.
 CHIRAY.
 LOEPER.
 CARNOT.
 Marcel LABBE
 CLERC.
 LEREBoullet
 NOBECOURT
 H. CLAUDE.
 GOUGEROT.
 GUILLAIN.
 LEMIERRE
 CUNEO.
 GOSSET.
 GREGOIRE.
 LENORMANT
 TERRIEN.
 MARION.
 LEVY-SOLAL
 COUVELAIRE
 JEANNIN.
 MOCQUOT.
 OMBREDANNE
 RATHERY.
 LEMAITRE.
 Pierre DUVAL
 VILLARET.
 TROISIER
 MATHIEU.
 LAUBRY.
 N.....
 HOVELACQUE
 MULON.
 OLIVIER.
 VERNE.

R. UNIV.
 BIBLIOTHEEK
 LEIDEN

II. — Agrégés en exercice

MM.
 AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 FENARD Henri Pathologie médicale.
 BERNARD Et. Pathologie médicale
 BESANÇON (J.). Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale
 COSTE Pathologie médicale
 CHEVALLIER Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FUNCK-
 BRENTANO ... Pathologie chirurgicale.
 FEY Urologie.
 GAILLARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.

MM.
 DE GAUDART
 D'ALLAINES .. Pathologie chirurgicale
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES ... Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE Guy. Pathologie médicale
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale

MM.

LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^U J.)	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI	Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX ...	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET ...	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET..	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETIT	

DUTAILLIS Pathologie chirurgicale

MM.

PIEDELIEVRE..	Médecine légale
PORTES	Obstétrique.
RENARD (L.) ..	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale

III — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale
RUSQUET	Pharmacologie
CHAILLEY	
BERT	Physiologie.

MM.

HEITZ-BOYER...	Pathologie chirurgicale.
LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER ...	Obstétrique.
SCHWARTZ ...	Pathologie chirurgicale
VAUDESCAL ...	Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ALAJOUANINE..	} Clinique médicale	
AUBERTIN		
BRULE		
CPABROL		
DONZELOT ...		
DUVOIR		
LIAN		
PASTEUR- VAL		
LERY-RADOT..		
SEZARY		

MM

BASSET	} Clinique chirurgicale	
BROcq		
CADENAT		
GATELLIER ...		
MOURE		
QUENU		
VELTER		
ECALLE	} Clinique obstétricale	
METZGER ...		

V. — Chargés de cours

MM.

CHAILLET-BERT, agrégé	Education physique
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA GRAND'MERE ET A MA MERE

En témoignage de ma profonde
affection filiale.

A LA MEMOIRE DE MA BELLE-MERE

A MON BEAU-PERE

A MA FEMME

ET

A MA FILLE

A MON FRERE

En témoignage d'affection et de
reconnaissance.

A MA BELLE-SŒUR

A MON ONCLE

MONSIEUR EDMOND LE BRUN
Chevalier de la Légion d'Honneur
Directeur Honoraire d'Ecole Normale

Ses hautes qualités profession-
nelles et morales en font le vivant
exemple que nous aurons à cœur
de suivre.

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. CAPEL

J'ai pour l'homme et le médecin
la plus grande estime et je m'ho-
nore de son amitié.

MEIS ET AMICIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR JEANNIN

*Professeur de Clinique Obstétricale
à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Chirurgien des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur*

Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.

Hommage respectueux.

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR JACQUES COURTOIS

*Accoucheur de l'Hôpital de Saint-Germain-en-Laye
Membre de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie
de Paris*

Qui nous a inspiré le sujet de
cette thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici
l'expression de notre profonde gra-
titude pour tous les conseils qu'il
n'a cessé de nous prodiguer au
cours de notre séjour dans son ser-
vice.

A MESSIEURS LES MÉDECINS ET CHIRURGIENS
DE L'HOPITAL DE SAINT-GERMAIN-EN-LAYE

MESSIEURS LES DOCTEURS
LAMY, BRUEL ET BONNEMAISON

En remerciement de leur bien-
veillant accueil et de leur précieux
enseignement.

MESSIEURS LES DOCTEURS
MAURICE LARGET ET JEAN-PAUL LAMARE
Membres associés de l'Académie de Chirurgie

MESSIEURS LES DOCTEURS
BERTRAND, TIMSIT, JARRY, RENARD,
CHRISTOPHE, CHABAUD, WALLON, MAX LEVY

A MONSIEUR RAOUL LECOQ
*Directeur du Laboratoire
de l'Hôpital de Saint-Germain-en-Laye*

A MONSIEUR PETIT
Directeur de l'Hôpital de Saint-Germain-en-Laye

Hommage respectueux.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DANS LES HOPITAUX DE PARIS

A MES MAITRES DE L'ECOLE DE MÉDECINE DE RENNES

A MES MAITRES DE L'ECOLE DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE ROUEN

A MES MAITRES DE L'ECOLE DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE CAEN

A TOUS MES CAMARADES DE LA SALLE DE GARDE

A propos d'un monstrueux prolapsus utéro-vaginal chez une femme enceinte près du terme

INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion d'observer à la Maternité de l'Hôpital de Saint-Germain-en-Laye où nous avons remplacé un interne pendant deux ans, un cas particulier de prolapsus utéro-vaginal monstrueux chez une jeune femme III^e pare, près du terme, dont nous citerons plus loin l'observation.

Il s'agit là, comme presque toujours d'un prolapsus incomplet, une partie du corps de l'utérus restant dans l'excavation pelvienne. Les dimensions de la tumeur 10 cm. hors de la vulve et 38 cm. de diamètre en font un cas très rare. FAURÉ dans sa thèse de Lyon, en 1912, trouve trois cas de prolapsus incomplet sur 10.000 accouchements (deux fois sur trois chez des multipares) mais n'en précise pas les dimensions.

Au centre obstétrical de Saint-Germain-en-Laye qui comporte les services hospitaliers, la Maison Maternelle, la consultation des femmes enceintes de la Mutualité Maternelle, la clinique privée de la circonscription hospitalière (accoucheur en chef : Docteur Jacques COURTOIS ; accoucheur adjoint Germain PHI-

LIPPE ; interne, Claude BOUCHACOURT), on a rencontré cinq cas de prolapsus d'utérus gravide atteignant ou dépassant légèrement la vulve, mais vite réduits par repos en position déclive. Notre observation est le premier cas de dimensions aussi considérables depuis dix ans sur plus de 6.000 accouchements pratiqués au centre obstétrical de Saint-Germain-en-Laye.

Ces chiffres correspondent en réalité à 25.000 accouchements dans une circonscription hospitalière de 200.000 habitants, la majorité des dystocies graves de la région étant cumulées à l'hôpital ou à la clinique.

Nous devons à l'amabilité du Docteur COURTOIS, accoucheur de l'hôpital d'avoir pu observer cette jeune femme qui est restée environ un mois dans son service. Nous ne saurions trop le remercier. Il nous a toujours accueilli avec la plus grande bienveillance et c'est à lui que nous devons le sujet de cette thèse.

Nous ne saurions oublier le Docteur Claude BOUCHACOURT son interne, qui nous a toujours reçu amicalement dans le service et nous a confié les photographies qu'il a lui-même prises à la salle de travail.

Après une courte étude du mécanisme, du diagnostic positif, du diagnostic du degré, du diagnostic différentiel, de l'évolution et du pronostic des prolapsus de l'utérus gravide, nous exposerons notre observation en insistant plus particulièrement sur la conduite tenue. Nous envisagerons enfin la conduite à tenir en présence d'un prolapsus monstrueux de l'utérus gravide chez une femme près du terme.

PREMIERE PARTIE

MECANISME DES PROLAPSUS DE L'UTERUS

Le prolapsus des femmes enceintes est presque toujours antérieur à la grossesse. Il peut exister chez la multipare et chez la vierge mais il est en général consécutif à un accouchement.

On distingue classiquement le prolapsus primitif et le prolapsus secondaire.

Le prolapsus primitif se fait par glissement vertical sous la pression du poids de l'organe. Il est indispensable qu'il y ait un fort relâchement de l'appareil ligamentaire et des éléments de soutien et surtout une rétropulsion de l'utérus en position indifférente entre la rétroversion et l'antéversion faisant coïncider l'axe longitudinal de cet organe avec celui du vagin.

La descente de l'utérus entraîne par la suite l'inversion vaginale. Il n'y a pas d'allongement du col, celui-ci ne subissant aucune traction.

Le prolapsus secondaire est le plus fréquent. Il commence par une inversion de la paroi vaginale antérieure (colpocèle antérieure), celle-ci entraîne le bas-fond de la vessie (cystocèle). Quand il y a de l'uri-

ne dans la vessie elle s'accumule dans le bas fond prolabé et augmente l'inversion vaginale. La paroi vaginale exerce à son tour une traction sur le col utérin dont elle détermine l'élongation passive. Le col s'abaisse à son tour, attirant à sa suite la paroi vaginale postérieure dont l'inversion se fait ainsi de haut en bas (colpocèle postérieure). Progressivement se produit une inversion totale de la paroi vaginale antérieure et une inversion presque totale de la paroi vaginale postérieure et parfois une rectocèle consécutive.

En général le fond de l'utérus reste dans la cavité pelvienne et la tumeur vaginale est constituée par le col allongé. Ceci est encore plus fréquent lorsque l'utérus ayant augmenté de volume par la grossesse ne peut descendre son corps au-dessous du détroit supérieur.

LE DIAGNOSTIC POSITIF

Le prolapsus de l'utérus consiste dans l'abaissement en masse de l'utérus dans l'excavation pelvienne, le col se rapprochant de la vulve qu'il atteint ou dépasse en faisant saillie au dehors. Dans quelques cas véritablement exceptionnels l'utérus entier peut se trouver hors de la vulve.

Le diagnostic positif se fait par la vue, par le palper et par le toucher.

LA VUE montre le prolapsus dépassant la vulve : en général une tumeur allongée grossièrement cylindro-conique formée par le col utérin. Le museau de tanche en constitue l'extrémité et présente en son centre un orifice plus ou moins béant qui le caractérise. On peut distinguer trois zones concentriques où la muqueuse est distincte : la muqueuse endo-cervicale, la muqueuse exo-cervicale, la muqueuse vaginale.

Les bords de l'orifice externe du col sont rougeâtres, très violacés ou blanc pâle par œdème chez la gestante. Ils présentent fréquemment des irrégularités et des ulcérations d'étendue variable.

Exceptionnellement on peut voir en avant et en arrière de la tumeur la saillie d'une cystocèle ou d'une rectocèle concomitante (F. COMMANDEUR).

Le repérage de la vessie et du rectum se fera par des sondes rigides voire même par radiographie après préparation ou avec sonde opaque. On recherchera toujours s'il y a une rigole vaginale péri-tumorale

LE PALPER abdominal montre l'abaissement du fond utérin et de la zone habituelle d'insertion du fornix au-dessous du plan normal du pelvis osseux, par rapport à l'âge de la grossesse.

Le palper de la tumeur montrera des zones molles d'œdème.

LE TOUCHER dans les gros prolapsus ne permet d'apprécier que la base de la tumeur à l'orifice vulvaire, le vagin étant inversé les culs-de-sac sont effacés. Dans les petits prolapsus atteignant ou dépassant à peine la vulve les culs-de-sac sont diminués mais conservés. Le toucher permet d'apprécier le degré d'abaissement du col, sa consistance et sa longueur sont normales; son orifice généralement agrandi est facile à reconnaître au centre de la tumeur.

DIAGNOSTIC DU DEGRE

On considère trois degrés de prolapsus.

1° L'abaissement simple du col.

Le col ne dépasse pas la vulve. C'est le plus fréquent surtout dans les premiers mois de la grossesse. Le Professeur JEANNIN enseigne que ces prolapsus se réduisent spontanément vers le quatrième mois. C'est ce qui faisait penser que la grossesse guérissait les prolapsus.

2° Le prolapsus incomplet.

Le col est saillant hors de la vulve, le corps occupant l'excavation pelvienne en totalité ou en partie. Il en est presque toujours ainsi dans les dystocies graves par prolapsus de l'utérus gravide bien que ce soit une éventualité rare comme nous l'avons vu.

3° Le prolapsus complet.

L'utérus est tout entier hors du pelvis. Cette variété est tout à fait exceptionnelle. Cette éventualité est

possible dit Berne si l'utérus est entièrement hors de la vulve depuis le début de la grossesse.

On l'aurait vu former une tumeur du volume d'une tête d'adulte descendant le long des cuisses sur une hauteur de 35 cm. ayant la forme d'un scrotum de taureau (HARVEY) ou d'un pis de vache (Percy BOULTON).

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Le diagnostic différentiel des prolapsus de l'utérus gravide se fait surtout avec l'allongement hypertrophique du col et l'œdème du col. On peut aussi les confondre avec quelques fibromes prævia. On évitera enfin la confusion au cours de la délivrance ou après elle l'inversion utérine.

Nous allons examiner ces cas successivement.

L'allongement hypertrophique du col.

Cette anomalie préexiste à la grossesse. Elle consiste en une exagération de la longueur du col qui peut être telle que le museau de tanche dépasse la vulve. Maleville en 1921 a réuni trente observations de grossesses avec allongement hypertrophique du col.

On distingue l'allongement de la portion sus-vaginale depuis MARTIN et HOWITZ qui l'ont individualisé, mais c'est surtout l'allongement de la portion intra-vaginale qui peut être pris pour un prolapsus.

Le toucher permet toujours de sentir un cylindre allongé et dur dont le diamètre et la longueur sont notablement plus grands que la normale, mais les

culs-de-sac vaginaux existent, de dimensions et de situation normales et permettent de faire le tour de la tumeur. Des ulcérations superficielles peuvent se produire lorsque le museau de tanche reste constamment hors de la vulve.

Dans le prolapsus, l'utérus est abaissé dans son entier et on trouve au toucher les culs-de-sac diminués notablement ou abolis. Cependant prolapsus et hypertrophie peuvent coexister.

L'œdème du col.

L'infiltration œdémateuse du col peut s'observer pendant la grossesse et pendant le travail et exceptionnellement à ces deux moments, simuler le prolapsus.

Pendant la grossesse, cette affection rare est désignée sous le nom d'allongement œdémateux du col, décrite par MELCHIOR et MARTIN, surtout étudiée par GUÉNIOT. Elle consiste dans une augmentation de volume du col en totalité. C'est une infiltration séreuse à début brusque et à évolution aiguë.

La tumeur qui peut dépasser la vulve a une forme cylindrique avec un orifice, celui du col. Sa coloration est plus ou moins bleuâtre ou livide ; elle donne au doigt la sensation d'une masse mollassse, pâteuse, dans laquelle la pression du doigt laisse une empreinte ; elle est peu réductible. COURTOIS et LONGUET en ont rencontré quatre cas importants.

L'exploration par le toucher vaginal permet de suivre le cylindre cervical jusqu'aux culs-de-sac vaginaux qui sont d'ordinaire un peu abaissés du fait de l'allongement du segment sus-vaginal du col. La longueur de la portion intra-vaginale du col est variable et peut atteindre à 8 cm. Le corps utérin est ordinairement à peine abaissé et le fond rentre à sa place normale.

Le repos amène une réduction parfois presque totale de la tumeur mais celle-ci réapparaît très vite à la moindre cause.

Dans une forme, plus rare encore l'allongement œdémateux se limite à la lèvre antérieure du col.

BERNE fait de l'allongement œdémateux du col une variété compliquée de prolapsus. En fait dans le prolapsus vrai le col est peu ou pas allongé, les culs-de-sac vaginaux descendent jusqu'à la vulve et le corps utérin fortement abaissé occupe l'excavation par la totalité de son pôle inférieur cervico-segmentaire.

Pendant le travail : l'œdème du col de la fin de la grossesse peut persister, mais le plus souvent il apparaît seulement au moment du travail. Seul l'œdème de la lèvre antérieure peut simuler un prolapsus car la tumeur peut alors descendre jusqu'à la vulve et se pédiculiser à son insertion utérine : c'est l'œdème polypiforme unilatéral (F. COMMANDEUR).

L'œdème du col se différencie du prolapsus en ce qu'il est rarement précoce ; il apparaît à la fin de la grossesse ou pendant le travail.

Enfin au toucher vaginal le col œdémateux donne

une sensation de volume et de mollesse caractéristiques permettant de réduire la tumeur par pression. Examiné avec des valves, il présente une coloration rouge violacé due à la congestion et parfois à du sang mélangé à l'œdème. L'œdème d'une seule lèvre simule au toucher une procidence du cordon pendant le travail ou une ptose d'anse grêle avec son mesentère après la délivrance.

Il faut compléter le toucher par la vue en mettant des valves.

La grande difficulté réside souvent dans ce qu'il est fréquent au moment du travail de voir les prolapsus se compliquer d'œdème du col : la profondeur des culs-de-sac permet encore d'apprécier le prolapsus.

Les fibromes prævia.

Très exceptionnellement on peut prendre pour un prolapsus un fibrome de la lèvre antérieure ou un fibrome sous-muqueux longuement pédiculisé pendant l'un et l'autre dans le vagin et pouvant apparaître à la vulve.

Mais cela n'a lieu qu'au moment du travail lorsque la tumeur est poussée par la présentation. Le toucher fait rapidement le diagnostic si la vue ne l'a pas déjà fait, la tumeur ne présentant pas d'orifice alors que l'orifice externe du col caractérise le prolapsus.

On pourrait voir au moment du travail le fibrome prævia pédiculé du corps de l'utérus passant dans le

col dilaté devant la présentation ; le diagnostic serait fait comme plus haut.

L'inversion utérine

Au cours de la délivrance et après elle le diagnostic différentiel est à faire avec l'inversion utérine dans le vagin et non extériorisée (cas publié par COURTOIS et GRASSET). Il persiste dans ce cas une rigole entre le corps et le col utérin et les culs-de-sac sont un peu abaissés.

Rétroversions compliquées de l'utérus gravide.

(Professeur Jeannin)

Le Professeur JEANNIN signale « quelques accidents exceptionnels tels que l'étranglement utérin, l'utérus étant coincé dans la pince que forment les replis de Douglas; l'éclatement du rectum, l'utérus sortant alors par l'anus; l'éclatement du vagin, l'utérus sortant par le périnée ».

(*Journal des Praticiens*, 19 novembre 1938. Leçon faite à la Clinique Tarnier.)

SIGNES FONCTIONNELS, EVOLUTION ET PRONOSTIC DES PROLAPSUS DE L'UTERUS GRAVIDE

Nous avons montré au moment du diagnostic positif quels étaient les signes physiques des prolapsus. Les signes fonctionnels sont variables suivant le degré de la tumeur et surtout l'âge de la grossesse.

Au début de la grossesse le prolapsus entraîne quelques troubles souvent peu marqués : tiraillements douloureux des lombes et des cuisses, gêne de la marche, troubles urinaires, œdème vulvaire par compression.

Son évolution est variable ; souvent sous l'influence du repos en décubitus dorsal on le voit se réduire spontanément et définitivement. Sa reproduction après le cinquième mois est rendue impossible par le volume de l'utérus à moins d'efforts très violents.

D'autres fois, le prolapsus s'accroît, l'utérus reste dans l'excavation où il augmente peu à peu de volume et vers le cinquième mois apparaissent les accidents très graves d'enclavement analogues à ceux de la rétrodéviation de l'utérus grévise : rétention d'uri-

ne, infection vésicale, gangrène, voire la rupture de la vessie.

Si la réduction totale ou partielle du prolapsus ne se produit pas, la grossesse est en général fâcheusement influencée. L'avortement surviendrait dans 17 % des cas et l'accouchement prématuré dans 34 % (BOHN-ROUBINOVITCH).

Près du terme l'altération de la forme de l'utérus trouble profondément l'accommodation fœtale. Les présentations du siège ou de l'épaule sont deux ou trois fois plus fréquentes.

L'accouchement en cas de prolapsus est caractérisé par deux faits :

La résistance du col qui provient de son hypertrophie et de son infiltration œdémateuse dans un quart des cas.

L'inefficacité relative des contractions utérines et abdominales, d'où un allongement sensible de la durée du travail.

L'accouchement se terminerait spontanément deux fois sur trois (COMMANDEUR).

Le prolapsus peu prononcé et au début de la grossesse ne présente pas de gravité.

Plus tard vers le cinquième mois, l'enclavement fait courir de sérieux dangers puisqu'il peut amener l'avortement et même la mort.

Dans l'accouchement à terme, la prolongation du travail et la résistance du col peuvent aboutir à la rupture de l'utérus. La présence du col hors de la

vulve, l'existence d'ulcérations à sa surface aggravent les risques d'infection, laquelle se produirait, d'après FAURÉ, dans la moitié des cas.

Pour l'enfant le pronostic reste sombre, la mortalité atteint 40 % d'après FAIVRE et BOHN-ROUBINOVITCH.

DEUXIEME PARTIE

OBSERVATION D'UNE JEUNE POLONAISE PRES DU TERME

Mme K..., du Pecq, s'est présentée pour la première fois à l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye au mois de septembre 1936.

C'était alors une II^e pare de 36 ans. Elle accoucha à terme d'un garçon vivant pesant 3 k. 700.

On dut intervenir par forceps Tarnier, la tête restant dans l'excavation après dilatation complète depuis plus de deux heures, du fait de mauvaises parties molles. Les bruits du cœur de l'enfant s'accéléraient et s'affaiblissant témoignant d'une souffrance fœtale.

Dans ses suites de couches elle présenta un prolapsus utéro-vaginal.

On fit alors une périnéorraphie postérieure avec suture des releveurs le 16 octobre 1936. Bonne suture puisque le prolapsus ne récidiva pas et qu'elle reprit son travail pénible et debout (ouvrière d'usine).

Elle redevient enceinte vers le mois de juillet 1937.

Au début de novembre soit le quatrième mois de sa grossesse elle sent une gêne périnéale qui augmente aux efforts et aux longues stations debout.

Elle vient consulter à l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye, le 27 décembre 1937.

Elle a dû cesser son travail depuis quinze jours et a vu apparaître une tumeur à la vulve, ce qui l'a inquiétée.

Nous constatons la présence d'un monstrueux prolapsus utéro-vaginal ; citons quelques chiffres :



Diamètre transversal : 13 cm.

Diamètre sagittal : 11 cm. 5.

Saillie hors de l'orifice vulvaire 10 cm.

Circonférence : 38 cm.

La tumeur rougeâtre est de consistance mollassc la pression des doigts laisse son empreinte dans les zones d'œdème. Au centre on voit un orifice béant à surface tomentueuse suintant : c'est l'orifice externe du col.

Le vagin est inversé et les plis vaginaux ont disparu.

Des ulcérations inégales siègent un peu partout, ulcérations recouvertes de sanie verdâtre tachant et empesant le linge.

Entre les ulcérations on peut voir quelques zones de muqueuse lisse et brillante paraissant saine.

Cette femme accuse une douleur vive dans toute la région lombaire irradiant vers le dos, le pubis et les cuisses.

L'état général est mauvais .Cette femme est amaigrée, elle a perdu 5 kilos depuis six mois, elle est pâle, elle a des sueurs et des frissons.

Température à l'entrée : 38°4.

Elle présente des phénomènes urinaires caractérisés par mictions fréquentes et pénibles qui ne calment pas son ténesme et ses faux besoins. Une radiographie de la vessie opacifiée montrerait d'ailleurs sa situation et son volume, une urétérographie les déplacements des uretères.

Nous la sondons, nous obtenons 1 litre et demi d'urine trouble, nous en laissons pour éviter l'hémorragie « a vacuo ».

L'analyse montrera :

Présence d'albumine ;

Présence de pus ;

Présence de nombreux colibacilles.

Ses dernières règles remontent à fin juin 1937. Le fond de l'utérus est trouvé à 3 travers de doigts au-

dessous de l'ombilic, nettement abaissé pour une grossesse de six mois.

Bruits du cœur perçus, T. A. : 13×7 .

On décide la femme à rester à l'hôpital. On pense alors que le repos et le traitement médical pourront améliorer l'infection locale et vésicale et permettre une réduction par taxis. On institue un traitement anti-colibacillaire par vaccin buccal et des pansements locaux après mouchetures du col.



Seuls les signes fonctionnels diminuent notablement, la température redevient normale, l'albumine et le pus disparaissent des urines ainsi que les douleurs liées à l'infection vésicale.

Le taxis ne donne rien, on décide de maintenir la femme au repos et d'attendre le travail.

Le 3 février 1938 le travail se déclenche, la femme ressent des douleurs très vives à type de coliques irradiant vers les reins et les cuisses accompagnées d'agitation et d'angoisse.

Les douleurs vont en augmentant sans apporter une modification locale, le col ne subit aucun effacement ni dilatation.

Les bruits du cœur sont perçus très faiblement, on décide d'intervenir.

La palpation étant rendue très difficile par l'épaisseur des parois de la tumeur il eût été bon de vérifier la présentation par la radiographie.

CONDUITE TENUE A PROPOS DE CE PROLAPSUS

Nous étions en présence de notre Polonaise enceinte de sept mois en travail depuis vingt-quatre heures sans aucunes modifications locales, sans espoir d'en voir apparaître et dont l'enfant souffrait manifestement. Il n'y avait aucune dilatation ni aucune réduction de ce col éléphantiasis.

Nous avons assisté à l'intervention faite par le Docteur COURTOIS, accoucheur de l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye, assisté de BOUCHACOURT, son interne. Après nettoyage du champ opératoire à l'iode, en s'aidant de deux pinces coudées de Chéron, on est allé pincer les branches cervicales des artères utérines de chaque côté du corps utérin en pinçant en même temps ce qui reste des culs-de-sac vaginaux. L'hémostasie étant aussi assurée on pratiqua une résection conoïde du col en ménageant un petit lambeau circulaire pour la réfection terminale. Ensuite après l'ouverture des culs-de-sac vaginaux en avant et en arrière et réclinement classique de la vessie et du rectum on pratiqua une césarienne vaginale qui permit d'extraire un enfant mâle par version. Il s'agissait d'une présentation céphalique avec un bras prolabé dans le col. L'enfant fut facile à ranimer et jetait ra-

pidement un faible cri. Il pesait 1 k. 950, il devait mourir vingt-quatre heures plus tard. L'autopsie montra une hémorragie méningée.

Pour gagner du temps et permettre de terminer au mieux l'intervention, dès la naissance de l'enfant on pratiqua la délivrance artificielle suivie d'une révision utérine.

On sutura l'incision de césarienne vaginale ainsi que les culs-de-sac vaginaux antérieurs et postérieurs.

Restait le col à reconstituer ; on sutura la tranche circulaire de la résection conoïde en sifflet par un surjet affrontant la muqueuse et la musculuse exo-cervicales, d'une part, à la muqueuse et à la musculuse endo-cervicales, d'autre part. Il fallait après avoir réintégré la tumeur, facile à remonter par taxis, la maintenir en place ; on ne pouvait faire ici qu'une colpopérinéorrhaphie ; c'est ce que fit le Docteur Courtois. Après la suture des releveurs de l'anus, il pratiqua la réfection du vagin et termina par une péri-néorrhaphie postérieure.

L'intervention s'avéra très difficile du fait que cette femme avait une très grande atrophie de tous ses tissus.

En résumé pour montrer la complexité de cette intervention exceptionnelle, il fut pratiqué :

1° Pincement des branches cervicales des utérines et ouvertures des culs-de-sac vaginaux latéraux ;

2° Résection conoïde du col ;

3° Ouverture des culs-de-sac vaginaux antérieurs et postérieurs ;

- 4° Césarienne vaginale ;
- 5° Extraction par version d'un enfant mâle prématuré pesant 1 k. 950 ;
- 6° Délivrance artificielle puis révision utérine ;
- 7° Suture des culs-de-sac antérieurs et postérieurs ;
- 8° Suture de l'incision vaginale, de césarienne vaginale et des brèches latérales du vagin ;
- 9° Réfection du col ;
- 10° Périnéorraphie avec suture des releveurs.

L'intervention fut assez longue, elle dura une heure quarante, la femme fut remise dans son lit, réchauffée et soutenue par les toni-cardiaques habituels (huile camphrée, pressyl), sa tension était de $12 \times 6 \frac{1}{2}$ et son pouls de 80.

Les suites opératoires furent bonnes, les premiers jours la température évoluant au-dessous de 38° avec un assez bon état général, mais elle eut une constipation opiniâtre contre laquelle on lutta par lavements et ingestion d'huile de paraffine.

Le cinquième jour : frisson et température à 39° . Tous les jours suivants température oscillant en clocher, le matin $37^{\circ}2$ ou $37^{\circ}3$, le soir 39° , $39^{\circ}5$, localement les sutures sont belles et bien supportées. L'attention est attirée par les signes urinaires, mictions fréquentes et douloureuses, albuminurie légère (traces) et pyurie abondante avec présence de colibacilles nombreux à l'examen du laboratoire de l'hôpital (LECOQ).

Il fut institué un traitement contre cette colibacil-

lose qui céda relativement bien dans une quinzaine de jours :

Vaccin buccal, ..

Uroformine,

Lavements,

Lavages de vessie,

Régime lactovégétarien avec de nombreux yaourts,

Lutte contre l'avitaminose B par la levure de bière dont l'action dans la colibacillose a été bien montrée par COURTOIS et LECOQ.

La femme quitta le service le 1^{er} mars sans s'être levée pour aller se reposer chez elle un bon mois au lit.

Le 15 avril 1938 soit deux mois et demi après son opération cette femme revint nous voir; nous pûmes constater à l'examen que la colpoperinéorraphie avait tenu malgré le peu de tissu dont on disposait. Le toucher était possible à deux doigts mais douloureux. Il montrait un orifice externe du col béant du diamètre d'une pièce de cinquante centimes limité par un petit bourrelet, le cul-de-sac antérieur n'était pas perceptible, mais on pouvait sentir les culs-de-sac postérieurs et latéraux.

Cette femme ne souffre pas, peut marcher et compte reprendre bientôt son travail. Elle n'a pas eu de rapports depuis son opération. Elle n'a pas vu son retour de couches.

Cette femme n'est pas revenue à l'hôpital, Nous sommes allés la voir chez elle le samedi 17 septembre

1938, soit huit mois après son intervention. Elle nous déclara bien supporter la station debout obligatoire de son travail d'usine. Son état général était bon bien qu'elle eût perdu deux kilos depuis le début de juin où elle reprit son travail. Elle n'avait pas présenté de troubles urinaires et elle luttait par des laxatifs contre une tendance à la constipation.

Elle se montra touchée de notre attention à sa personne et voulut bien se laisser examiner.

Le toucher non douloureux à deux doigts nous montra un orifice externe du col légèrement béant sans bourrelet circulaire, mais les culs-de-sac semblaient déjà un peu diminués de volume depuis trois mois. Nous lui avons conseillé de porter un pessaire en pensant que son travail l'obligeait à une station debout prolongée.

Son retour de couches s'était fait en fin avril et depuis elle voyait ses règles chaque mois avec un peu d'irrégularité dans la date et dans la quantité de sang perdu. Elles s'accompagnaient chaque mois de coliques plus ou moins violentes le premier jour. Les rapports étaient devenus possibles.

DISCUSSION DE LA CONDUITE A TENIR

Dans ce cas, il ne nous était pas possible de suivre une autre ligne de conduite.

Nous avons attendu le plus possible pour la viabilité du fœtus. Le travail était commencé et l'accouchement spontané était impossible.

Il n'y avait aucune dilatation ni réduction du col.

Il n'était pas question d'application de forceps. L'intervention s'imposait donc.

Il fallait agir vite et au mieux des intérêts de la mère et de l'enfant. L'incision du col n'aurait pas suffi, il fallait ici une intervention plus importante.

La *voie haute* : la césarienne fut rejetée parce que les risques d'infection ascendante étaient trop grands devant l'état de la tumeur restée longtemps hors de la vulve.

On ne pouvait songer à faire une césarienne suivie d'hystérectomie, car il eût fallu intervenir par voie haute et par voie basse sur la portion extra-vaginale de la tumeur.

La *voie basse* était l'indication de choix, il fallait supprimer l'obstacle constitué par le col par une résection conoïde et on se trouvait à pied d'œuvre pour une césarienne vaginale classique, pour terminer par la reconstitution anatomique plan par plan.

Nous aurions pu nous trouver en difficulté au cours de l'intervention, soit un gros choc ou une hémorragie. les sutures ne tenant pas dans des tissus plus ou moins sains ; on pouvait être amené à faire une hystérectomie vaginale rapide, la reconstitution anatomique du périnée étant faite dans un second temps ultérieur. Si nous pensons qu'il ne nous était pas possible d'agir autrement dans notre cas, nous considérons que l'on peut être amené à d'autres solutions dans des cas analogues. L'époque de la grossesse où l'on est appelé à les voir a une grosse influence.

C'est ainsi que dans le début de la grossesse, l'indication essentielle est la réduction du prolapsus. Elle se fera souvent par la position en decubitus horizontal ou la position genu-pectorale. Si ces attitudes ne suffisent pas, on fera la réduction manuelle.

Si la réduction est impossible, on se bornera à soutenir la tumeur par un bandage en T en prescrivant des soins de propreté locaux de façon à obtenir la cicatrisation des ulcérations au moment du travail.

Au moment du travail, l'accouchement étant parfois possible spontanément quand il n'existe pas une dystocie du col rigide et hypertrophié comme dans notre cas, on conseillera l'accouchement en décubitus latéral, on ménagera la poche des eaux, on n'hésitera pas à extraire artificiellement le fœtus sous une légère anesthésie pour éviter le plus grand nombre d'efforts à la femme. On utilisera alors une contre-extension sur l'utérus par des bandes croisées ou par un champ perforé (Prof. BRINDEAU).

Mais l'accouchement spontané n'est pas forcément possible. En dehors de ce que nous avons fait on peut discuter :

L'intervention par *voie haute* : (césarienne corporeale suivie ou non d'hystérectomie). Il faut que les parties basses ne constituent pas un point de départ à l'infection. Si l'on fait une opération conservatrice, on achèvera l'intervention par une hystéropexie.

L'intervention par *voie basse* : La césarienne vaginale suivie ou non d'hystérectomie nous semble préférable car l'infection secondaire sera moins à craindre. L'opération est toujours réalisable facilement, un prolapsus aussi important nécessitant un bassin au moins normal et souvent élargi.

Après l'accouchement, on peut aussi discuter la conduite à tenir pendant la délivrance. Elle peut se faire spontanément, mais nécessitera souvent une délivrance artificielle suivie de révision interne.

En cas d'accouchement spontané, la femme sera laissée au repos plusieurs semaines. A son lever, on discutera de l'utilité d'une intervention pour éviter la réapparition du prolapsus.

CONCLUSIONS

De l'ensemble de cette étude, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

I. Le mécanisme des prolapsus se fait par glissement vertical sous le poids de l'organe dans les prolapsus primitifs tandis que dans les prolapsus secondaires plus fréquents, ils débutent par une colpocèle antérieure qui entraîne l'utérus à sa suite dans sa descente.

II. Le diagnostic positif se fait par la vue, par le palper et par le toucher. La tumeur est intra-vaginale ou extra-vulvaire. Elle est caractérisée par un orifice central (orifice externe du col). Les culs-de-sac vaginaux sont nettement diminués ou supprimés, les dimensions du col sont normales s'il n'y a pas d'hypertrophie ou œdème surajoutés.

III. Dans le diagnostic du degré, on distingue :

L'abaissement simple du col, lorsque celui-ci ne dépasse pas la vulve.

Le prolapsus incomplet, lorsque le col est saillant hors de la vulve.

Le prolapsus complet, lorsque l'utérus tout entier est hors du pelvis.

IV. Le diagnostic différentiel est à faire surtout avec allongement hypertrophique du col et œdème du col.

V. Nous avons montré que les signes fonctionnels étaient surtout variables avec l'âge de la grossesse. Il en est de même pour l'évolution et nous avons montré qu'après le cinquième mois, peuvent apparaître les accidents très graves d'enclavement.

Le pronostic pour la mère est assez bon.

Pour F. COMMANDEUR, l'accouchement spontané aurait lieu 2 fois sur 3. Pour Madame BOHN ROUBINOVITCH, l'accouchement prématuré surviendrait dans 34 % des cas et l'avortement dans 17 %.

Pour l'enfant, le pronostic est sombre à 40 % de mortalité pour FAIVRE et BOHN ROUBINOVITCH.

Notre observation nous montre l'accouchement prématuré à 7 mois avec un enfant de 1 kg. 950 décédé au bout de 24 heures (à l'autopsie, hémorragie méningée).

VI. Nous avons pu observer, personnellement, et décrire, une jeune Polonaise III^e pare dans le service du Docteur COURTOIS, à la Maternité de l'Hôpital de Saint-Germain-en-Laye. Elle est entrée dans le service avec un énorme prolapsus utéro-vaginal incomplet dépassant la vulve de 10 cm., la tumeur ayant une circonférence de 38 cm.

Cette tumeur infectée a été soignée immédiatement mais la réduction manuelle en a été impossible. On attendit le travail.

VII. — Le travail se déclenche le 3 février 1933. Pendant 24 heures, on n'observe aucune dilatation ni réduction du col, on décide d'intervenir ; on est amené à pratiquer :

- 1° Pincements des branches cervicales des utérines et ouverture des culs-de-sac vaginaux latéraux.
- 2° Résection conoïde du col.
- 3° Ouverture des culs-de-sac vaginaux antérieurs et postérieurs.
- 4° Césarienne vaginale.
- 5° Extraction par version d'un enfant mâle prématuré pesant 1 kg. 950.
- 6° Délivrance artificielle, puis réversion utérine.
- 7° Suture des culs-de-sac antérieurs et postérieurs.
- 8° Suture de l'incision vaginale de césarienne et des brèches latérales du vagin.
- 9° Réfection du col.
- 10° Périnéorraphie avec suture des releveurs.

Cette femme présenta dans ses suites de couches, une colibacillose qui céda à un traitement médical de trois semaines.

Nous avons pu revoir cette femme et constater que le résultat de l'opération était satisfaisant bien qu'elle soit astreinte à un travail debout.

VIII. — Dans ce cas, il ne nous était pas possible de suivre une autre ligne de conduite, la césarienne vaginale après résection du col hypertrophié semblait s'imposer étant donné : le volume de la tumeur, l'hypertrophie de ce col, l'infection dont il était le siège et la nécessité d'une réparation anatomique.

Mais suivant l'époque où l'on est appelé à voir un prolapsus d'utérus gravide, la conduite à tenir est différente.

La réduction spontanée est de règle avant le quatrième mois, si elle ne se fait pas on attendra le travail pour intervenir s'il y a lieu, l'accouchement étant possible spontanément.

On peut discuter l'intervention par voie haute : césarienne suivie ou non d'hystérectomie. Il faut que les parties basses ne constituent pas un obstacle mécanique ni un point de départ à l'infection.

Il nous est bien difficile de tirer des conclusions très générales d'un cas aussi singulier. L'intérêt particulier de notre cas résulte de l'importance du prolapsus et de l'hypertrophie du canal cervico-segmentaire, de l'absence d'action du travail, de la complexité de l'intervention pratiquée près du terme et de la valeur des résultats obtenus malgré des tissus extrêmement lâches et à peine suturables.

Vu :

LE DOYEN :
TIFFENEAU.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :
JEANNIN.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDERODIAS (J.). — Le prolapsus de l'utérus grévde
(*Journal de Médecine de Bordeaux*, 1919, XLIX,
327-331).
- BERNE. — *Lyon Médical*, 1891, p. 509.
- BÉZIER (M. A.). — Du prolapsus de l'utérus grévde avec
ou sans élongation hypertrophique du col (*Thèse
Bordeaux*, 1919).
- BOHN-ROUBINOVITCH (Mine). — *Thèse Paris*, 1912.
- BRINDEAU (A.). — Un cas d'extériorisation de l'utérus
chez une femme enceinte (*Bulletin Société d'Obs-
tétrique et de Gynécologie de Paris*, 1924, S. III,
426).
- COMMANDEUR (F.). — In *La Pratique de l'Art des Accou-
chements*, publiée sous la direction de Brindeau,
« Lésions du col utérin », p. 201, t. III.
- In *La Pratique de l'Art des Accouchements*,
publiée sous la direction de Brindeau, « Prolap-
sus de l'utérus », p. 235, t. III.
- COURTOIS, GANDON. — Corne prævia d'utérus double.
(*Société Médico-Chirurgicale de Saint-Germain-
en-Laye*, 4 décembre 1932).
- COURTOIS, GRASSET. — Inversion utérine post-partum.
(*Bul. Soc. Obst. et Gyn. Paris*, 4 juillet 1932, N° 7,
p. 433).
- COURTOIS. — La Gynécologie, tumeurs prævia, article à
paraître, 1939.
- COURTOIS, VASSOR. — (In *Gazette des Hôpitaux*, Vassor,
111, 1938, N° 11, 5 février, pp. 172-173).

- COURTOIS. — (*Thèse Médecine*, Paris, février 1928).
- FAIVRE. — *Thèse Paris*, 1890.
- FAURÉ (A.). — *Thèse Lyon*, 1912. Contribution à l'étude du prolapsus de l'utérus gravide avec ou sans hypertrophie du col.
- GARLAND (G. M.). — Prolapse of the uterus during pregnancy (*Boston M. et S. J.*, 1921, GLXXXV, 25-27).
- GORODICHZE. — *Thèse Paris*, 1888-1889.
- HIGGINS (D. E.). — Prolapse of uterus during pregnancy (*New-England. J. Med.*, 211 : 125-128, July 19-1934).
- JEANNIN. — Leçons du jeudi soir.
- LANTUÉJOUL. — Encyclopédie médico-chirurgicale, obstétrique, p. 5063. Dystocies par lésions acquises du corps de l'utérus.
- MAXWELL (J. P.). — Prolapse and pregnancy (*China M. J.*, Shanghai, 1925, XXXIX, 479-486).
- PERCY-BOULTON. — *British Med. Journ.*, 1882, p. 340.
- PERETTI DELLA ROCCA. — Encyclopédie médico-chirurgicale, p. 5062. Dystocies du col.
- RABINOWICZ (Mlle). — Allongement hypertrophique et prolapsus du col utérin pendant la grossesse. (*Thèse médicale* de Doctorat d'Université, N° 70, de la Faculté de Médecine de Nancy, 1937-1938).
- SFONDRINI. — Come un utero prolassato gravido venne diagnosticato un fibromiona (*Clin. Obstet. Roma*, 1925, XXVII, 271-273).
- SORSKY (E.) et WILSON (L.). — Prolapse of cervix at term (*California et West Med.*, 40 : 188-189. March. 1934).
- VAN DER WESTHUIZEN (J. F.). — Compl. prolap. with inversion of parturient uterus (*South African M. J.*, 7 : 466-467. July 22, 1933).
- WAXIN. — (*Thèse Médecine*, Paris, 1938-1939).

